

Infarto cardíaco del adulto joven.

Estudio de tres casos¹⁶

Por los Dres.:

NATALIA FERNANDEZ GUERRA,¹⁷ RAFAEL LEON DIAZ¹⁸ y BERTHA CARRASCO MARTINEZ¹⁹

Fernández Guerra, N. y otros. *Infarto cardíaco del adulto joven. Estudio de tres casos.* Rev Cub Med 18: 4, 1979.

Se presentan tres casos de infarto del miocardio en pacientes menores de 35 años de edad. Se enfatiza acerca de la estrecha relación existente entre el infarto juvenil y algunas enfermedades genéticas y metabólicas. Se alerta respecto a la profilaxis de la cardiopatía isquémica al evitar el nocivo hábito de fumar y malos hábitos dietéticos, factores de riesgo coronario que son adquiridos y pueden evitarse.

El infarto juvenil del miocardio, o infarto del adulto joven, es aquel que se presenta antes de los 35 años. El término "infarto precoz" se utiliza cuando la enfermedad se presenta entre la quinta y sexta décadas de la vida. Algunos autores sugieren que la edad límite máxima para el infarto juvenil debe ser 35 años, porque es el grupo con el que más diferencias significativas pueden establecerse. El infarto juvenil ocupa del 5%

al 10% de todos los infartos cardíacos, con ligeras oscilaciones para los diferentes investigadores.¹ Es extraordinariamente raro en la mujer, con excepción de las diabéticas e hipertensas, y cuando se presenta es más grave que en los hombres.²

La arteriosclerosis comienza en la segunda década de la vida y tiene su máxima expresión clínica entre la sexta y séptima. Sólo un niño de cinco años está libre de cambios ateromatosos en la íntima de sus arterias.² El 95% de los infartos cardíacos se debe a arteriosclerosis coronaria. El 5% restante obedece a distintas causas. En el joven, el infarto miocárdico se presenta cuando existen evidencias de enfermedades hereditarias que aceleran o coexisten con arteriosclerosis. Las hiperlipoproteinemias, la diabetes mellitus y el hiperparatiroidismo son ejemplos de esta asociación. No obstante, la etiopatogenia de la ateromatosis es poco conocida, no parece

¹⁶ Trabajo presentado en la Filial de la Sociedad Cubana de Medicina en Camagüey, 30 de abril de 1976. en sesión ordinaria.

¹⁷ Especialista de I grado en medicina interna. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey.

¹⁸ Especialista de II grado en cardiología. Profesor de medicina de la Universidad de Camagüey. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech".

¹⁹ Residente de 2o. año de endocrinología. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech".

dependen de causa única sino de equilibrio entre funciones metabólicas múltiples también de causas no bien precisadas y sin correlación histopatológica definida o directa.³

MATERIAL Y METODO

Presentación de los casos *Caso*

No. 1

Paciente R. M. F., de 35 años de edad; sexo masculino; raza blanca; empleado del Banco Nacional. Casado. APP: Blenorragia, pslconeurosis, afección exantemática en la niñez. APF: el padre padece de "hipercolesterolemia". Madre muerta de corea de Fluntington. Flábitos tóxicos: tabaco f-|-|-f-|-)» café (~|-|-|-1-) alcohol (+). Floras diarias de trabajo: 12. HEA: desde los 29 años de edad comenzó a presentar "angina de pecho"; se le diagnosticó "insuficiencia coronaria" después de varias investigaciones, entre ellas el *test* de Master. Se le ordenó tratamiento que no cumplió. Continuó presentando crisis de Angor, repetidas. Cinco años después ingresó en el Instituto de Cardiología, donde se detectaron cifras elevadas de colesterol en sangre. Posteriormente ingresó en nuestro centro por presentar intenso dolor retroesternal. Se plantearon los diagnósticos de "infarto del miocardio" e "hipercolesterolemia". En los estudios de colesterol en sangre se obtuvieron cifras de 412; 400 y 416 mg% en las respectivas tomas realizadas. En días sucesivos se hizo el diagnóstico electrocardiográfico de infarto posteroinferior en evolución, según criterio de Minnesota. Un año después ingresó por espacio de 23 días en el servicio de psiquiatría por "neurosis de ansiedad". Meses después fue ingresado en nuestro servicio por insuficiencia cardíaca y bloqueo de rama izquierda del haz de His (BRIFIFI).

A partir de esta época, los síntomas se agudizaron y el paciente empeoró progresivamente hasta que falleció en un cuadro de insuficiencia cardíaca. En la necropsia se encontró: intensa aterosclerosis de aorta y coronarias. Oclusión completa de la circunfleja izquierda y descendente anterior. Trombosis y oclusión reciente circunfleja derecha. Cardiomegalia por hipertrofia y dilatación global con predominio izquierdo. Infarto antiguo del tercio inferior del tabique, punta y cara posterior del ventrículo izquierdo. Pulmón de estasis. Arteriosclerosis pulmonar. Colesterosis. Congestión visceral generalizada.

Caso No. 2

Paciente C.A.C., del sexo femenino; raza blanca; 29 años de edad; historia de diabetes mellitus de 10 años de evolución. Insulinodependiente con mal control de su diabetes según

sus familiares. Nos refieren que desde los 10 días anteriores a su ingreso presentaba dolor retroesternal. Llegó preagónica al servicio de urgencia y muere a las pocas horas. Se realizó necropsia y se encontró un infarto extenso de cara anterior del ventrículo izquierdo.

Caso No. 3

Paciente G.M.C., de 35 años de edad; sexo masculino; raza negra. M.L.: dolor retroesternal. FIEA: dolor retroesternal, intenso y opresivo acompañado de sudoración y frialdad, que duró varios minutos y que no se alivió con el reposo. APP: "convulsiones en la infancia", afección exantemática. APF: madre +/"corazón"; padre + vejez; una hermana v/s. Flábitos tóxicos: tabaco (++++); café (++++). Examen físico: piel: presenta múltiples tumores en codos, rodillas, tendones de aquiles y nudillos de ambas manos, de color amarillo, consistencia indurada, indoloros, agrupados en paquetes, no adheridos a los planos. Estos tumores han sido extirpados en repetidas ocasiones, pero aparecen nuevamente (figuras 1, 2 y 3). Regional: cara: halo blanquecino peripupilar (arco senil) (figura 4). Por aparatos: respiratorio: normal. Cardiovascular: tonos cardíacos apagados. TA: 100/70. FC: 76 x mt. No soplos. Resto de los aparatos: normales. Sistema nervioso: fascias: parálisis facial inferior derecha. Flemiparesia derecha, secuela de "episodio convulsivo" en la niñez que no precisa. Pares craneales: parálisis facial derecha inferior. Fondo de ojo: retinas de color blanco-amarillo. Arterias en alambre de cobre: Exámenes complementarios: indispensables: normales; PTG: normal; *test* de frío: negativo; colesterol: 354 mg%; lípidos totales: 1433,72 mg%; biopsia de nódulo xantomatoso No. 618874: Xantoma tuberoso; ECG: infarto posteroinferior, isquemia-lesión anterior extensa. Después de su egreso el paciente continúa presentando crisis anginosas esporádicas que no impiden sus actividades laborales. Las cifras de colesterol sanguíneo permanecen elevadas.

COMENTARIOS

Se opina en general que el infarto del miocardio ha experimentado un ascenso en su incidencia en este siglo, en especial desde las tres últimas décadas, lo cual no se debe a mayores posibilidades diagnósticas, tal como postulara *Chévez* (1971).¹ La incidencia, y lo más penoso, la mortalidad por infarto cardíaco ha aumentado lo suficiente como para alarmar a las autoridades de salud mundial, y considerarlo una de las plagas que azota en el siglo XX, así como la diabetes mellitus y la hiperten-



Figura 1. *Xantomas tendinosos de los codos en el paciente del caso No. 3.*



Figura 2. *Xantomas tendinosos de los tendones de aquiles en el paciente del caso No. 3*

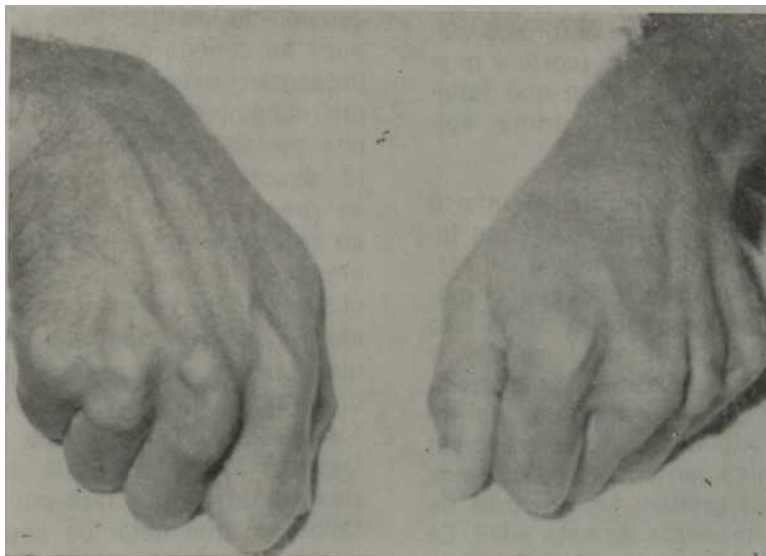


Figura 3. *Xantomas tendinosos de los nudillos de las manos en el paciente del caso No. 3.*



Figura 4. Arco senil peripupilar y xantelasmas de párpados superiores. Paciente del caso No. 3.

sión arterial. La preocupación actual por mejorar el estándar y esperanza de vida de las diferentes comunidades, ha contribuido favorablemente a desenredar la madeja de factores que suman y entrelazan en la aterogénesis. Se sabe que cuando a los distintos factores genéticos se agregan los adquiridos, la arteriosclerosis coronaria aparece con anterioridad, así como cuando se suman varios factores adquiridos "de riesgo coronario". Uno de nuestros enfermos calca casi con exactitud esta teoría y quema etapas velozmente hasta que fallece pocos años después del primer episodio anginoso.

Poco se ha escrito sobre el infarto del adulto joven y escasos son los informes en la literatura médica al respecto, hasta nuestros días, pero mucho se ha hablado y escrito de infarto del miocardio y de aterosclerosis y, a nuestro juicio, se ajusta en gran medida para explicar la fisiopatología del infarto juvenil. Algunos autores proponen clasificar clínicamente estos enfermos en dos grandes grupos: los mayores de 40 años y los menores de esta edad. En el primer grupo la arteriosclerosis coronaria está asociada estrechamente a los malos hábitos dietéticos

y tóxicos (dieta rica en calorías, hábito de fumar); *stress* y alcoholismo. En el segundo grupo (el que nos ocupa) se comprueba casi siempre la existencia de enfermedades genéticas, metabólicas, o ambas, asociación que encontramos en nuestros tres enfermos. Otro hecho interesante por su poca frecuencia es la presentación de esta enfermedad en una mujer, aunque siempre se hace la excepción de las diabéticas e hipertensas, pues se conoce que muchos diabéticos presentan extensa macroangiopatía y microangiopatía sin intensos trastornos metabólicos aparentes. Como está descrito, cuando estos trastornos se presentan en mujeres, el pronóstico se empeora, y el resultado final casi siempre es fatal. Al concluir nuestras observaciones creemos conveniente alertar una vez más, acerca del peligro que entraña el ya mundialmente difundido hábito de fumar y los malos hábitos dietéticos en muchas poblaciones, factores adquiridos que aumentan el riesgo coronario y que pueden ser evitados, ya que estamos seguros que la profilaxis es el mejor tratamiento para la pandemia actual de cardiopatías isquémicas.

Fernandez Guerra N. et al. *Myocardial infarction in the young adult. Report of three cases.* Rev Cub Med 18: 4, 1979.

Three patients under 35 years old with myocardial infarction are presented. It is emphasized that myocardial infarction in the young adult and some genetic and metabolic diseases. Prophylaxis for ischemic cardiopathy may be successful whenever acquired coronary risk factors as smoking and poor dietetic habits are prevented.

RÉSUMÉ

Fernández Guerra. N. et al. *infarctus cardiaque chez l'adulte jeune. A propos de trois cas.* Rev Cub Med 18: 4. 1979.

Le travail porte sur l'étude de trois cas d'infarctus du myocarde chez des patients âgés de moins de 35 ans. On met l'accent sur le lien étroit existant entre l'infarctus juvénile et certaines maladies génétiques et métaboliques. En ce qui concerne la prophylaxie de la cardiopathie ischémique, il est à signaler qu'il faut éviter l'habitude nocive de fumer et les mauvaises habitudes alimentaires, car elles constituent des facteurs de risque coronarien qui sont acquis et qui peuvent être évités.

BIBLIOGRAFIA

1. *Estandía Cano, A. Infarto juvenil del miocardio; Arch Inst. Cardiol Mex 2: 137-150, 1971.*
2. *Sodi Pallarés. Los factores etiológicos principales de la enfermedad coronaria, un nuevo concepto metabólico. Arch Inst Cardiol Mex 5: 1974.*
3. *Altschule, M. D. Etiología de la aterosclerosis. Clin Med North 58: 397, 1974.*